

全髋关节置换术后临床护理路径研究进展

周丽芹 张翠英^(通讯作者) 樊绪国 施月萍 周林霞 杨霞

大理白族自治州人民医院, 云南大理, 671000;

摘要: 全髋关节置换术作为骨科治疗的重要手段, 广泛应用于髋关节疾病的治疗, 患者的生活质量显著提高了。术后临床护理路径的发展经历了从早期简单护理模式到科学系统化路径的转变, 其内容涵盖术前评估、术后监测、康复训练、疼痛管理及并发症预防等多个方面。临床应用表明, 该路径在不同医疗机构和患者群体中均取得了显著效果, 但也面临路径灵活性与个体化平衡、医护人员接受度及患者参与度等问题。未来, 智能化技术应用、与精准医疗结合以及多学科协作模式将成为其重要发展方向。总之, 全髋关节置换术后临床护理路径对提高护理质量和促进患者康复具有重要意义, 值得进一步深入研究及推广。

关键词: 全髋关节置换术; 术后护理; 临床路径

DOI: 10.69979/3029-2808.26.03.078

1 引言

1.1 研究背景

全髋关节置换术 (Total Hip Arthroplasty, THA) 作为骨科领域的重要治疗手段, 广泛应用于髋关节骨性关节炎、股骨头坏死、股骨颈骨折等退行性疾病, 尤其在治疗老年患者中具有较高的临床价值^[14]。手术方式通常包括后外侧入路和直接前侧入路, 后者因创伤较小、术后恢复较快而逐渐受到青睐^[14]。然而, 尽管 THA 在技术上已趋于成熟, 其成功与否不仅取决于手术操作本身, 更与围手术期的护理质量密切相关。因此, 术前评估、术后监测、康复训练、疼痛管理及并发症预防^[3-4]同样对患者康复进程和生活质量产生深远影响。术后护理的核心目标在于减轻患者疼痛、预防并发症、促进关节功能恢复, 从而提高患者的整体满意度^[2]。在此背景下, 临床护理路径 (Clinical Nursing Pathway, CNP) 作为一种标准化的护理管理模式, 逐渐被引入到 THA 后的护理实践中。CNP 通过制定科学系统的护理计划, 规范护理操作流程, 有效提升了护理效率和服务质量, 同时为患者提供了更加个性化和连续性的护理服务^[5]。

1.2 研究目的

本文旨在全面综述 THA 后临床护理路径的 CNP、具体内容、应用效果、现存问题及未来发展趋势, 为临床实践提供理论参考。通过对相关文献的梳理与分析, 本文将深入探讨 CNP 如何在不同医疗机构和患者群体中发挥作用, 并总结其对患者康复的积极影响。此外, 本文还将重点关注 CNP 实施过程中面临的挑战, 如路径灵活性与个体化之间的平衡、医护人员的接受度以及患者的参与度等问题, 并提出相应的解决策略^[3]。通过系统回顾与前瞻性分析, 本文期望为优化 THA 后临床护理路径

的设计与实施提供科学依据, 进一步推动护理质量的提升^[4]。

1.3 研究意义

研究 THA 后临床护理路径具有重要的理论价值和实践意义。首先, 在提高护理效率方面, CNP 通过标准化护理流程减少了不必要的医疗资源浪费, 缩短了住院时间, 降低了医疗费用, 从而优化了医疗资源的分配^[6]。其次, 在促进患者康复方面, CNP 通过系统的术前评估、术后监测、康复训练及并发症预防措施, 显著改善了患者的髋关节功能恢复情况, 降低了术后并发症的发生率, 提升了患者的生活自理能力和满意度^[7]。因此, 深入研究 THA 后临床护理路径不仅是提升护理质量的关键举措, 也是推动医疗卫生事业可持续发展的重要途径^[6-7]。

2 THA 后临床护理路径的发展历程

2.1 早期护理模式

THA 作为一种重要的骨科手术, 自其应用于临床以来, 术后护理模式经历了显著的演变。在早期阶段, 术后护理主要集中于基础性操作, 这种护理模式通常以经验为导向, 缺乏系统性和标准化的指导^[5]。此外, 早期护理模式对患者个体差异的关注较少, 从而导致康复效果的差异性较大。这一阶段的护理模式虽然在实践中积累了一定的经验, 但其局限性也显而易见, 亟需更为科学和规范的改进。

2.2 CP 的引入与初步发展

随着医疗护理理念的不断进步, CP 作为一种标准化管理工具逐渐被引入到 THA 后的护理实践中。CP 的核心在于通过制定标准化的护理流程, 优化资源配置, 提高护理效率, 并确保护理措施的一致性和科学性^[1]。初期 CP 的内容主要包括术前评估、术后监测、康复训练以及

并发症预防等关键环节,这些环节的设计旨在为患者提供全面且连贯的护理服务。与此同时,初期CP的特点在于强调多学科协作,从而实现了护理过程的系统化管理。然而,这一阶段的CP仍存在一定的局限性,例如路径内容的灵活性不足,难以完全适应不同患者的个体化需求。此外,由于初期CP的实施依赖于医护人员的执行力和配合度,其在实际应用中仍面临一定的挑战^[1]。

2.3 科学系统的CP形成

随着相关研究的深入和临床实践经验的积累,THA后临床护理路径逐步发展为更加科学和系统的模式。这一过程的关键在于结合最新的研究成果和临床需求,不断完善路径的内容和结构。例如,基于加速康复外科理念的临床护理路径在如皋博爱医院的应用表明,通过优化围手术期护理措施,可以显著改善患者的术后恢复质量^[2]。科学系统的CP不仅涵盖了术前评估、术后监测、康复训练等传统环节,还进一步融入了智能化技术和多学科协作的理念,从而提升了护理的精准性和有效性^[3]。此外,这一阶段的CP更加注重患者的个体化需求,通过引入风险评估工具和动态调整机制,实现了护理方案的灵活定制。综上所述,科学系统的CP的形成是多方共同努力的结果,其完善过程不仅依赖于临床研究的支持,还需要医护人员的积极参与和患者的密切配合,从而为患者提供更加优质和高效的护理服务。

3 THA后临床护理路径的具体内容

3.1 术前评估

术前对患者基本情况的全面评估是确保手术顺利进行及术后康复的重要基础。评估内容主要包括患者的年龄、性别、基础疾病等基本信息,这些因素直接影响手术风险及术后恢复效果。术前基本情况的评估不仅有助于识别高危人群,还能为术后护理资源的合理分配提供参考。患者的心理状态对手术及术后康复具有显著影响,因此术前心理评估成为临床护理路径中的重要环节。常用的心理评估工具包括焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),这些量表能够量化患者的心理压力水平,从而为护理干预提供科学依据^[12]。

3.2 术后监测

术后生命体征监测是保障患者安全的重要措施,主要包括血压、心率、体温等指标的动态观察。术后早期,由于手术创伤和麻醉药物的影响,患者生命体征可能出现波动,及时监测有助于发现潜在并发症并采取紧急处理措施^[7]。因此,护理人员还需结合患者的基础疾病特点,调整监测重点,以确保术后恢复的平稳过渡^[7]。伤口情况的密切监测是预防术后感染和促进愈合的关键环节。护理人员需定期观察伤口有无红肿、渗液、裂开

等异常情况,并及时记录和处理。同时护理人员还应向患者及家属讲解伤口护理的基本知识,从而降低感染风险^[1]。

3.3 康复训练

3.3.1 早期康复训练

术后早期康复训练旨在通过简单的床上活动促进血液循环,防止肌肉萎缩和关节僵硬。具体内容包括肌肉收缩练习、踝关节屈伸运动以及深呼吸训练等^[15]。肌肉收缩练习主要集中于下肢股四头肌和腓肠肌,每次持续5~10秒,重复10~15次,每日进行2~3组,以增强肌肉力量并改善静脉回流^[11]。踝关节屈伸运动可有效预防深静脉血栓形成,建议每小时进行5~10次。护理人员需根据患者耐受情况逐步增加训练强度,并鼓励其积极参与,以确保早期康复效果的最大化^[3]。

3.3.2 中期康复训练

中期康复训练的重点在于下床活动及行走训练,旨在进一步提升患者的肢体功能和日常生活能力。一般在术后3~5天,当患者生命体征稳定且伤口无明显异常时,即可在护理人员协助下进行床边坐立及短距离行走练习^[2]。初次下床活动时,需注意患者的体位转换,避免因直立性低血压引发头晕或跌倒。行走训练则应从借助助行器开始,逐步过渡到独立行走,每日训练时间控制在15~30分钟为宜^[8]。避免过度负重或剧烈活动,以防假体脱位或其他并发症发生^[2]。

3.3.3 后期康复训练

后期康复训练的目标是强化关节功能和肌肉力量,为患者回归正常生活奠定基础。此阶段训练内容主要包括抗阻训练、平衡练习以及步态矫正等,通常在术后1个月开始实施^[4]。抗阻训练可通过弹力带或沙袋进行,重点锻炼下肢肌肉群,以逐步增强肌肉耐力为主^[13]。平衡练习则可采用单腿站立或平衡板训练,主要帮助提高患者的本体感觉和稳定性。步态矫正训练则需结合患者的具体情况,通过视频反馈或专业指导,纠正异常步态模式,从而优化行走功能^[4]。

3.4 疼痛管理

术后疼痛的准确评估是实施有效镇痛措施的前提,常用的疼痛评估工具包括视觉模拟评分法(VAS)、数字评分法(NRS)以及面部表情评分法(FPS-R)等。其中,VAS评分法因其操作简单且灵敏度高,被广泛应用于临床实践中^[12]。护理人员需定期对患者进行疼痛评估,并记录评分结果,以便动态调整镇痛方案。

术后疼痛管理采用多模式镇痛策略,包括药物镇痛和非药物镇痛两种方法。药物镇痛以阿片类药物和非甾体抗炎药(NSAIDs)为主,前者常用于重度疼痛的急性控制,后者则适用于轻中度疼痛的长期管理^[13]。此外,

局部麻醉药物的应用,如切口浸润麻醉或神经阻滞,也可有效减轻术后早期疼痛。非药物镇痛措施则包括物理疗法、心理干预以及体位调整等,这些方法不仅能缓解疼痛,还能减少药物副作用的发生^[13]。研究表明,多模式镇痛相较于单一药物镇痛,能够显著改善患者术后疼痛体验,并促进早期康复训练的顺利开展^[12]。

3.5 并发症预防

3.5.1 深静脉血栓预防

深静脉血栓(Deep Venous Thrombosis, DVT)是THA后常见的严重并发症之一,其预防策略主要包括物理预防和药物预防两种方法。物理预防措施包括使用梯度压力弹力袜和间歇性充气加压装置(IPC),这些设备通过促进下肢静脉回流,降低血液淤滞风险,从而减少DVT的发生^[6]。药物预防则以低分子肝素为主,其通过抑制凝血因子活性达到抗凝效果,但需注意出血风险的监测^[13]。护理人员应根据患者的个体情况,制定个性化的预防方案,并定期评估DVT风险,及时调整干预措施。

3.5.2 感染预防

感染预防措施贯穿于整个围手术期。术前需清除手术区域毛发并做皮肤准备,以减少细菌定植风险^[1]。术中则需严格遵守无菌操作原则,确保手术器械和植入物的无菌状态。术后护理人员需密切观察伤口情况,及时更换敷料并保持干燥,同时遵医嘱合理使用抗生素^[6]。研究表明,综合性的感染预防措施能够显著降低术后伤口感染和假体周围感染的发生率,从而提高手术成功率^[1]。

3.5.3 压力性损伤预防

压力性损伤是术后长期卧床患者常见的并发症,其预防关键在于减少局部组织受压和改善血液循环。护理人员需定期协助患者翻身,并使用减压床垫或衬垫材料缓解局部压力^[13]。对于骨突部位,如骶尾部、足跟部等,可额外使用泡沫敷料进行保护。此外,保持皮肤清洁干燥也是预防压力性损伤的重要措施,及时处理汗液或排泄物污染^[13]。

4 THA 后临床护理路径的应用效果

4.1 不同医疗机构的应用效果

THA后临床护理路径在不同医疗机构中的应用效果存在显著差异。大型综合医院通常具备先进的医疗设备和丰富的资源,能够更全面地实施CP,从而取得较好的护理效果^[7]。专科医院虽然在骨科领域具有较高的专业性,但由于资源分配相对集中,可能无法提供全方位的康复支持,导致某些环节的护理质量受限^[8]而基层医院由于医疗资源匮乏、技术水平参差不齐,CP的实施往往面临较大挑战,因此,医疗机构的规模、资源配置及专业能力是决定CP应用效果的重要因素。

4.2 不同患者群体的应用效果

不同患者群体对THA后临床护理路径的应用效果也存在差异。研究表明,年龄是影响CP效果的关键因素之一。老年患者因身体机能下降且常伴有多种基础疾病,其术后恢复速度较慢,且容易出现并发症^[11]。此外,性别和基础疾病也会对应应用效果产生一定影响。由此可见,针对患者个体差异制定针对性的护理措施,能够进一步提升CP的应用效果。

5 THA 后临床护理路径实施中的问题与解决策略

5.1 路径灵活性与个体化的平衡

CP的设计旨在通过标准化流程提升护理效率和质量,然而,患者的个体差异往往导致标准路径难以完全适用。在遵循CP的同时,需根据患者的具体情况进行灵活调整,以避免过度标准化带来的弊端^[4]。研究表明,通过术前全面评估患者的基本信息和心理状态可为制定个性化护理方案提供依据。此外,护理团队应在执行路径过程中保持动态调整的能力,结合实时监测结果对路径内容进行优化,从而实现标准化与个性化的平衡^[11]。这种灵活性不仅有助于提高患者的满意度,还能进一步促进康复效果的提升。

5.2 医护人员接受度

医护人员作为CP的主要执行者,其对新路径的接受程度直接影响实施效果。然而,部分医护人员可能对新的CP存在抵触情绪,主要原因包括对路径内容的理解不足、担心增加工作负担以及对其实际效果的质疑^[2]。为解决这一问题,医疗机构可通过开展系统化的培训课程,帮助医护人员深入理解CP的理念、实施步骤及其优势。同时,加强学术交流活动,能够有效提升医护人员的信心和执行力^[7]。

5.3 患者参与度

患者参与CP的积极性对其康复效果具有重要意义,患者对疾病的认知水平直接影响其对CP的理解和配合程度。例如,部分患者可能因缺乏相关知识而对术后康复训练的重要性认识不足,导致依从性较低^[12]。为提高患者的参与度,护理人员应加强健康教育,通过多种形式的宣教活动向患者普及疾病知识和康复技能。同时,建立良好的护患沟通机制,从而提升其对CP的认同感和执行力^[12]。

6 THA 后临床护理路径的未来发展方向

6.1 智能化技术应用

随着人工智能(AI)和大数据技术的快速发展,其在医疗护理领域的应用潜力日益凸显。在THA后临床护

理路径中,智能化技术的引入有望优化路径设计并实现精准护理。例如,通过大数据分析,可以整合大量患者的术后康复数据,识别出影响康复效果的关键因素,并据此制定个性化的护理方案^[10]。智能设备如可穿戴传感器和远程监控系统,能够持续跟踪患者的生命体征、活动量及疼痛程度,为医护人员提供及时且准确的反馈信息,进一步提升护理效率与质量^[10]。

6.2 与精准医疗结合

精准医疗理念强调基于个体基因、生理特征及环境因素制定针对性的治疗方案,这一理念在THA后护理中的应用前景广阔。通过将精准医疗融入CP,可以根据患者的基因型、代谢水平及免疫状态等信息,针对患者术后营养需求的评估,设计个性化的营养支持方案,以促进伤口愈合和功能恢复,这种以患者为中心的护理模式,不仅提升了护理效果,也为未来护理实践的发展提供了新的思路。

6.3 多学科协作模式

通过多学科协作,不仅可以有效整合各学科的资源与优势,还能避免单一学科视角可能导致的局限性。此外,多学科团队还可以通过定期召开病例讨论会,共同评估患者的康复进展,并根据实际情况调整护理方案,从而最大限度地满足患者的个体化需求^[13]。这种协同工作的模式,不仅提高了护理的整体质量,也为未来CP的优化提供了重要参考。

7 结论

THA作为骨科领域的重要治疗手段,其术后临床护理路径的发展经历了从简单基础护理模式到科学系统化护理体系的转变。早期护理模式主要关注患者的生命体征监测和基本生活护理,但存在缺乏个性化和系统性等问题^[5]。随着CP理念的引入,护理内容逐步规范化,涵盖术前评估、术后监测、康复训练、疼痛管理及并发症预防等多个方面,并形成了以患者为中心的标准化护理流程^[1-4]。这一发展不仅显著提高了护理效率,还有效促进了患者的术后康复。尽管THA后临床护理路径的研究已取得显著进展,但仍有许多领域值得进一步探索。可以通过引入人工智能和大数据技术,构建个性化的护理方案,从而更好地满足不同患者的需求^[10]。通过开展多样化的健康教育活动,可以显著提高患者对CP的接受度和配合度^[12]。总之,THA后CP的研究不仅对提升护理服务水平具有重要意义,期待未来更多高质量的研究能够在这—领域取得突破,为患者的康复和生活质量的改善贡献更大的力量^[4-5]。

参考文献

- [1]殷婷;包磊;徐志鹏.临床护理路径在人工全髋关节置换术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(2):4-6.
- [2]袁亚萍;吴晓妹;刘晓丽;章赞;房丽;张兰凤.基于加速康复外科理念的临床护理路径对全髋关节置换患者术后恢复的影响[J].临床与病理杂志,2023,43(3):571-579.
- [3]兰伟红;陆燕珂;温曼.基于FTS理念的临床护理路径对全髋关节置换术后患者功能恢复的影响[J].床心身疾病杂志,2020,26(5):181-184.
- [4]郭林.髋关节发育不良患者全髋置换术治疗中临床护理路径对患者功能恢复的影响[J].国际医药卫生导报,2020,26(21):3348-3350.
- [5]关琦.临床护理路径对髋关节置换术护理效果的影响[J].中国医药指南,2016,14(7):247-248.
- [6]程淑华.临床护理路径对全髋关节置换术后并发症发生率的影响[J].基层医学论坛,2019,23(8):1169-1170.
- [7]冯晓丹;王静;王卫友.临床路径在接受人工髋关节置换术的高龄患者中的应用效果分析[J].新疆医科大学学报,2022,45(7):801-805.
- [8]黄淑霞;李慧芬;陈春燕.临床护理路径在髋关节置换术中的应用效果[J].中国医药指南,2023,21(18):146-148.
- [9]杨玉玲.临床护理路径在全髋人工关节置换术中的应用[J].中国社区医师,2018,34(17):158-158.
- [10]苏彩虹.髋关节置换术患者实施临床护理路径的效果评价[J].福建医药杂志,2022,44(4):159-161.
- [11]吴凌云.临床护理路径在老年全髋关节置换术患者中的应用效果[J].中国民康医学,2019,31(16):170-172.
- [12]刘冰.临床护理路径应用于人工全髋关节置换术患者的效果观察[J].湖南中医药大学学报,2016,36(A02):1178-117.
- [13]孙晨.全髋关节置换术后加速康复外科理念指导下护理模式的应用效果分析[J].当代医药论丛,2023,21(24):124-126.
- [14]马娥;杨明莹;敖丽娟;李丹娜;李彩虹.老年人工全髋关节置换术后护理研究进展[J].当代护士(下旬刊),2016,23(10):16-18.
- [15]宋咪,孔丹,高远,等.老年髋部骨折围术期护理临床实践专家共识(2023版)[J].中华创伤杂志,2023(3).